

Aufnahmeantrag

Mit diesem Schreiben beantrage ich die Aufnahme in den VdKP zum

- nächstmöglichen Termin.
- _____.

Den Wunsch nach Mitgliedschaft begründe ich wie folgt:

- Ich bin hauptberuflich als Personalleiter, stellvertretender Personalleiter oder in einer vergleichbaren Funktion und Position mit Personalverantwortung in einem Krankenhaus tätig. Der Jahresbeitrag für Mitglieder richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung und beträgt aktuell 50 €.
- Ich/Wir möchten als natürliche/juristische Person Fördermitglied des VdKP werden, um die Aufgaben und Ziele des Verbandes zu unterstützen. Der Mitgliedsbeitrag für Fördermitglieder pro Kalenderjahr ist abhängig von der Zahl der bei dem Fördermitglied beschäftigten Arbeitnehmer und beläuft sich
- bei bis zu 500 Arbeitnehmer auf 300 € zzgl. der gesetzlichen USt
 - bei 501 bis 1.000 Arbeitnehmer auf 500 € zzgl. der gesetzlichen USt
 - bei mehr als 1.000 Arbeitnehmern auf 1.000 € zzgl. der gesetzlichen USt

Angaben zum Mitglied / Ansprechpartner des Fördermitgliedes

Anrede

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Arbeitgeber (vollständiger Name des Rechtsträgers inkl. Rechtsform)

Funktion / Stellung beim Arbeitgeber

Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter

Straße / Hausnummer*

PLZ / Ort

* Fördermitglieder geben bitte die Adresse an, unter der der Ansprechpartner zu erreichen ist. Mitglieder bitte ihre Privatanschrift.

Telefon

Telefax

E-mail

Homepage des Arbeitgebers

Abweichende Anschrift für Beitragsrechnungen / Zusendungen

Anrede

Titel

Vorname

Nachname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Einzugsermächtigung (falls gewünscht)

SEPA-Lastschriftmandat

- Ich ermächtige den VdKP, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem VdKP auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname

Nachname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Name des Kreditinstitutes

DE _____

BIC

IBAN

Datum, Ort

Unterschrift